

CARTAS DE INVESTIGACIÓN

tratamiento anticoagulante oral. Haematologica. 2001;86 Suppl 1:251-75.

4. Nuin Villanueva MA, Arroyo Anies MP, Yurss Arruga I. Evaluation of the pilot programme for the decentralization of control of oral anticoagulant treatment in the Osasunbidea. Healthcare Service. Navarra. Med Clin (Barc). 2005;124:326-31.
5. Arribas L, Rodríguez T, Bravo P, Gía C, Revelles F. Anticoagulación oral en un centro de salud urbano. Resultados del primer año. Aten Primaria. 2002;29:338-42.
6. The European Atrial Fibrillation Trial Study Group. Optimal oral anticoagulation therapy in patients with nonrheumatic atrial fibrillation and recent cerebral ischemia. N Engl J Med. 1995;33:5-10.

Resultado de un programa intensivo de deshabituación tabáquica en atención primaria de salud

Objetivos. Describir el resultado de un programa de deshabituación tabáquica llevado a cabo en atención primaria de salud.

Diseño. Se trata un estudio prospectivo en el que se describe una intervención de ayuda a la deshabituación al tabaco intensiva e individual. El trabajo se llevó a cabo en el Centro de Salud de Markina (semirural), donde sólo se realiza atención primaria.

Participantes. Entre enero y diciembre de 2001, a los pacientes que acudían a las consultas y eran fumadores se les proponía participar en el programa, dándoles una breve descripción de éste. Los criterios de inclusión eran aceptar participar y obtener una puntuación de 7 o más (alto grado de motivación) en el test de Richmond.

Intervención. Se llevó a cabo el programa individual e intensivo consistente en 6 consultas de apoyo durante un año y una de control a los 4 años. En la primera consulta, y en función de su pertinencia (Fägerstrom > 4), se ofrecía al paciente una orientación médica para que decidiera utilizar tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN) o bupropión. El paciente decidía. Las consultas de seguimiento y

apoyo las realizaba la enfermera hasta cumplir 6 visitas en 2 meses y una al cumplir un año. A los 4 años se reevaluó a todos los participantes. Los datos recogidos se registraban en una planilla creada al efecto.

Mediciones principales. Edad, sexo, situación laboral, prevalencia de enfermedad bronquial o cardiovascular, dependencia de la nicotina (test de Fägerstrom), peso al principio y al final, preferencia por TSN o bupropión, la tasa de abandono, tiempo de consulta dedicado y abstinencia final al tabaco.

Resultados. Cumplieron criterios de inclusión (motivación alta) 24 personas, con una media de edad de $34,69 \pm 7,46$ años, un 56% mujeres y el 100% en situación laboral activa. La prevalencia de enfermedad bronquial era del 12,5% y la de cardiovascular, inexistente. El 91,66% mostraba dependencia media o alta a la nicotina, pero sólo el 62,5% aceptó la terapia medicamentosa (el 50% de ellos prefirió parches de nicotina, el 12,50%, bupropión).

Se produjo un 29,13% de abandonos, todos ellos debidos a recaída. El tiempo medio dedicado a cada paciente fue de 140 min al año. Dejaron de fumar (análisis por intención de tratar) el 58,33% al año y el 35% a los 4 años. El peso medio de las personas al inicio del programa fue de $73,35 \pm 13,30$ kg o un índice de masa corporal (IMC) de $25,65 \pm 4,6$. Se controló el peso al año y a los 4 años y se observaron diferencias significativas ($p < 0,05$, con χ^2 con corrección de Yates) entre los que dejaron de fumar respecto a los que no lo hicieron.

Discusión y conclusiones. Los resultados obtenidos son mucho mejores que los publicados¹⁻³, lo que creemos que se debe a la alta motivación de los pacientes^{4,5}, al perfil joven de los participantes y al tiempo dedicado a ellos. Los resultados empeoran al cuarto año (no hay publicaciones con este plazo), y habría que investigar este aspecto. El número de casos ha sido bajo y la distribución de los grupos, no aleatoria, por lo que no es posible analizar las diferencias obtenidas entre los distintos tratamientos. Las personas que dejan de fumar engordan más que las que no lo dejan, y aparece una diferencia significativa pero no excesiva (4,24 kg de media). La terapia intensiva de deshabituación tabáquica aplicada a personas muy motivadas proporciona excelentes resultados, al menos en este trabajo. El esfuerzo dedicado ha sido

grande, pero no lo ha sido en absoluto el gasto económico, sobre todo si se compara con el de otras medidas preventivas, como el tratamiento de la hipercolesterolemia o la hipertensión⁶. Sería necesario medir la ganancia en salud y calcular las eficiencias.

Jasone Basterretxea Oiarzabal,
José M. García Parra,
Eva Bilbao Garmendia
y Andrea Noya Arrizabalaga
Centro de Salud de Markina-Xemein.
Vizcaya. España.

1. Martín C, Córdoba R, Jané C, et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a fumadores. Med Clin (Barc). 1997;109:744-8.
2. Corral C, Pascual M. Intervención sobre el tabaquismo en AP. Estudio de cuatro modalidades de intervención. Aten Primaria. 1992;9:287-92.
3. Morchons S, Blasco JA, Rovira A, Arias CN, Ramón JM. Efectividad de una intervención de deshabituación tabáquica en pacientes con patología cardiovascular. Rev Esp Cardiol. 2001;54:1271-6.
4. Lancaster T, Silagy C, Sowdes A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. BMJ. 2000;321:355-81.
5. Córdoba R, Martín C, Casas R, Barbera C, Botaya M, Hernández A, et al. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en AP. Pub Med. 2000;25:27-32.
6. Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Gali N, Gayta R, et al. Coste efectividad de los métodos de cesación tabáquica. Med Clin (Barc). 1995;104:49-53.

Prescripción de medicamentos de utilidad terapéutica baja en atención primaria de la provincia de Toledo: variabilidad de uso

Objetivo. Conocer la prescripción de novedades de utilidad terapéutica baja (medica-

Palabras clave: Deshabituación tabáquica. Atención primaria. Intervención intensiva.

Palabras clave: Variabilidad. Prescripción. Atención primaria. Utilidad terapéutica baja.